

**Ciudad de Carlsbad Solicitud para el Programa de Becas**  
 Los usos aceptaron el 16 de Abril de 2013 – 31 de diciembre de 2013 solamente

**2013**

Por favor complete la forma y regresa con los documentos requeridos a cualquier centro de la comunidad, o en el centro de natación.  
 Por correo: **Parks and Recreation Department, Programa de Oportunidad de Becas, 799 Pine Avenue, Suite 200, Carlsbad, CA 92008**

Nombre de Padre o Tutor	Numero de teléfono de casa	Trabajo	Celular
Nombre de Padre o Tutor	Numero de teléfono de casa	Trabajo	Celular
Dirección	Ciudad/Código postal	Correo electrónico	

**Pautas de HUD para el condado bajo 2013 de la renta MSA San Diego**

Tamaño de la casa	Renta mensual	Renta Anual
1	\$2,354	\$28,250
2	\$2,688	\$32,250
3	\$3,025	\$36,300
4	\$3,358	\$40,300
5	\$3,629	\$43,550
6	\$3,896	\$46,750
7	\$4,167	\$50,000
8	\$4,433	\$53,200

**Ingreso familiar: Debe incluir todas las parejas que no son casadas y adultos que trabajan.**

Fuentes de Ingreso	Total mensual	¿Por cual miembro de Familia es recibido?
A. Salario	\$	
B. Seguro Social	\$	
C. Asistencia Publica/Welfare	\$	
D. Desempleo o incapacidad	\$	
E. Sustentó infantil (Child Support)	\$	
F. Orto ingresos	\$	
G. Otro	\$	
<b>TOTAL de INGRESOS MENSUALES</b>	<b>\$</b>	<b>← SUME A+B+C+D+E+F+G</b>

**TODA LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA EN ESTA APLICACIÓN SERÁ ESTRICAMENTE CONFIDENCIAL.**

Juro que la información arriba proporcionada es correcta. Le notificaré a el programa inmediatamente de cualquier cambio, incluyendo mis ingresos, número de miembros en la familia, domicilio, y número de teléfono. Entiendo que el Programa de Oportunidad de Becas es un privilegio y no un derecho, y que está sujeto a la información dada en la declaración de ingresos que presenté. Y prometo que presentaré todas las copias de los documentos relacionados a la verificación de mis ingresos durante la entrevista, y juro que son verdaderos y copia fiel de los originales. También entiendo que si alguno de los estados de cuenta presentados puedan más tarde ser determinados como inadecuados, inmediatamente daré por terminado el privilegio de mi hijo de beneficiarse de este programa.

He leído la declaración arriba presentada y la entiendo.

NOTE POR FAVOR: Ambos padres o tutores necesitan firmar y fechar en la parte de abajo

FOR INTERNAL USE	
Approved _____	Not-Approved _____
Expiration Date _____	

Nombre de Padre o Tutor	Fecha	Nombre de Padre o Tutor	Fecha
-------------------------	-------	-------------------------	-------

**Miembros en la familia:**

Nombre	Relación o parentesco	Fecha de nacimiento si es menor de 18 años	¿Menor acogido en una familia o bajo tutela judicial? Si/No	¿Recibe ingresos? Si/No

**Información de subvención para desarrollo comunitario:**

¿Recibe ayuda del programa "Section 8"?  Sí  No      ¿No tiene hogar?  Sí  No  
 ¿Es mujer cabeza de hogar?  Sí  No      ¿Es discapacitado/tiene necesidades especiales?  Sí  No

**Raza:**

- |  |  |                          |
|--|--|--------------------------|
| Blanco   | <input type="checkbox"/> Hispano   | <input type="checkbox"/> |
| Negro/Afroamericano                              | <input type="checkbox"/> Asiático  | <input type="checkbox"/> |
| Indio americano/Nativo de Alaska                 | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii/Isleño del Pacífico            | <input type="checkbox"/> |
| Indio americano/Nativo de Alaska <u>y</u> blanco | <input type="checkbox"/> Asiático <u>y</u> blanco                        | <input type="checkbox"/> |
| Negro/Afroamericano <u>y</u> blanco              | <input type="checkbox"/> Indio americano/Nativo de Alaska <u>y</u> negro | <input type="checkbox"/> |
| Otro/Multirracial                                | <input type="checkbox"/>   |                          |